

Wszyscy wrogowie informatyzacji

KAMIEN ŁUPANY



fot. images.com/Corbis

Mikrokomputery, telefonia komórkowa i internet to milowe kroki, dzięki którym informacja jest dostępna niemal wszędzie. Dotyczy to zarówno danych masowych, jak i przekazywanych między określonymi osobami czy podmiotami. Rewolucja ta objęła niemal wszystkie dziedziny naszego życia, jednak bronią się przed nią skutecznie instytucje odpowiedzialne za organizację i kontrolę systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Oporna jest część szpitali i innych podmiotów leczniczych. Czy wynika to z zapóźnienia technologicznego, braku kapitału na inwestycje czy braku chęci uczynienia systemu sprawniejszym i bardziej transparentnym?

Szpitale i inne podmioty lecznicze

Podmioty lecznicze, mimo upływu lat i powtarzających się akcji finansowania informatyzacji, nie są skomputeryzowane w stopniu pozwalającym na właściwe pełnienie ich funkcji. Pomijając największe szpitale, w wielu jednostkach funkcjonują nadal tylko systemy księgowo i oprogramowanie pozwalające na rozliczanie świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). Brakuje zintegrowanych systemów pozwalających na zbieranie informacji z tzw. części białej, przechowywanie i przesyłanie danych o pacjentach, a także ułatwiających zarządzanie. Od czasu do czasu w mediach pojawiają się informacje o tak „epokowych” rozwiązaniach, jak możliwość internetowej rejestracji czy śledzenia kolejki przez pacjentów. Coraz więcej szpitali dysponuje narzędziami pozwalającymi na przesył obrazów, ale teleradiologia, która powinna być standardem, jest pieśnią przyszłości. W efekcie, przy chronicznym braku radiologów, którzy mając ustawowo skrócony czas pracy, formalnie są wykluczeni z możliwości dyżurowania, nie można zdiagnozować pacjenta pomimo posiadania odpowiedniego sprzętu. Wystarczy przypomnieć sprawę sprzed kilku miesięcy, kiedy to u pacjentki w warszawskim szpitalu nie zdiagnozowano incydentu mózgowego, mimo że placówka dysponowała tomografem komputerowym. A przecież to była stolica.

Podobnie jest z ogólnie dostępnymi systemami pozwalającymi na przesyłanie zapisu EKG. Zespoły ratownicze nie są rutynowo wyposażane w takie systemy, aby w wypadku diagnozy zawału wieść pacjentów bezpośrednio do ośrodków kardiologii interwencyjnej.

Liczba szpitali wykorzystujących możliwości zarządcze, jakie daje pełne z informatyzowanie oddziałów, poradni i pracowni diagnostycznych, jest znikoma. Niewiele placówek dokonuje zakupów na aukcjach internetowych. Dopiero od niedawna zaczyna się mówić o tworzeniu grup zakupowych i wykorzystywaniu tych narzędzi do obniżenia kosztów działalności.

Narodowy Fundusz Zdrowia

Informatyzacja płatnika to zupełnie inna bajka. Nasuwają się dwa podstawowe pytania: dlaczego dane muszą być ciągle powielane w postaci drukowanych dokumentów i czy płatnik jest przekonany, do czego narzędzia informatyczne mają mu służyć.

Płatnik tworzył wiele systemów. Po dziewięciu latach od powstania NFZ nadal wiele oddziałów ma własne, co jest pozostałością po kasach chorych. Podstawowe systemy rozliczeniowe są opracowywane przez dwie firmy. Do końca 2008 r. były one zamknięte i wymagały odpowiedniego oprogramowania. Dopiero od 2009 r. można przekazywać informacje od producentów innego oprogramowania. Wiele systemów uzupełniających, np. stosowanych do monitoringu, powstaje autonomicznie w oddziałach i część spośród nich jest później wykorzystywana przez inne podmioty. Akurat takie asymilowanie benchmarków należy uznać za sensowne. Ale dlaczego tak wielka instytucja jak NFZ tworzy narzędzia w sposób tak rozproszony? Czy od 2003 r. nie minęło wystarczająco dużo czasu, aby stworzyć kompletne i spójne narzędzia pozwalające na zunifikowane operowanie informacją w całym kraju?

Ręcznie

Odrębnym problemem, dręczącym świadczeniodawców co miesiąc, a szczególnie pod koniec roku, jest konieczność składania dokumentów do funduszu w postaci elektronicznej i wydruków. Jaki jest sens składania wszelkich sprawozdań

„ Podmioty lecznicze, pomimo upływu lat i powtarzających się akcji finansowania ich informatyzacji, nie są komputeryzowane w stopniu pozwalającym na właściwe pełnienie ich funkcji „

do rozliczeń w trzech kopiach, niezależnie od informacji eksportowanej do systemu NFZ? Ile kosztuje papier, czas pracowników świadczeniodawców i funduszu? Trzeba do tego dołożyć tony papieru, na którym wydrukowane są oferty konkursowe i załączniki zawierające wyposażenie i ewidencję zatrudnionych, które dla dużych szpitali liczą tysiące stron, najpierw pieczętowane parafowanymi kartkami po kartce przez dyrektorów czy prezesów, a następnie studiowanych przez pracowników NFZ, czy przypadkiem któryś z zatrudnionych lekarzy nie ma niewłaściwej specjalizacji bądź nie brakuje jakiegoś sprzętu. Czy naprawdę nie można było założyć filtrów w apli-

zędziach, które raczej uzupełniają urzędniczą pracę, niż ją zastępują.

Ministerstwo Zdrowia

Trzeba pamiętać przede wszystkim o roli Ministerstwa Zdrowia i podległego mu Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) w kompleksowej informatyzacji systemu opieki zdrowotnej. To właśnie te instytucje są odpowiedzialne za stworzenie tych narzędzi. Tymczasem nie można nawet mówić o narzędziach informatycznych, raczej wprost o zbieranych i posiadanych informacjach. Resort zdrowia, jako najważniejszy strateg i decydent, powinien posiadać stale nowelizowane dane o potencjale jednostek

„ Coraz więcej szpitali dysponuje narzędziami pozwalającymi na przesyłanie obrazów, ale teleradiologia, która powinna być standardem, ciągle jeszcze jest pieśnią przyszłości „

kacjach i automatycznie wychwytywać odchylenia od standardu? Przecież trwałoby to sekundy, a liczba omyłek byłaby znacznie mniejsza. Zwłaszcza że nic nie stoi na przeszkodzie, aby odchylenia weryfikować „ręcznie”. Co prawda ostatnio NFZ twierdzi, że tak się właśnie dzieje i oferty są analizowane komputerowo. Nadal jednak utrzymywany jest nakaz składania ich w formie wydruków. Jak widać, w wypadku płatnika można mówić o nieustandaryzowanych na-

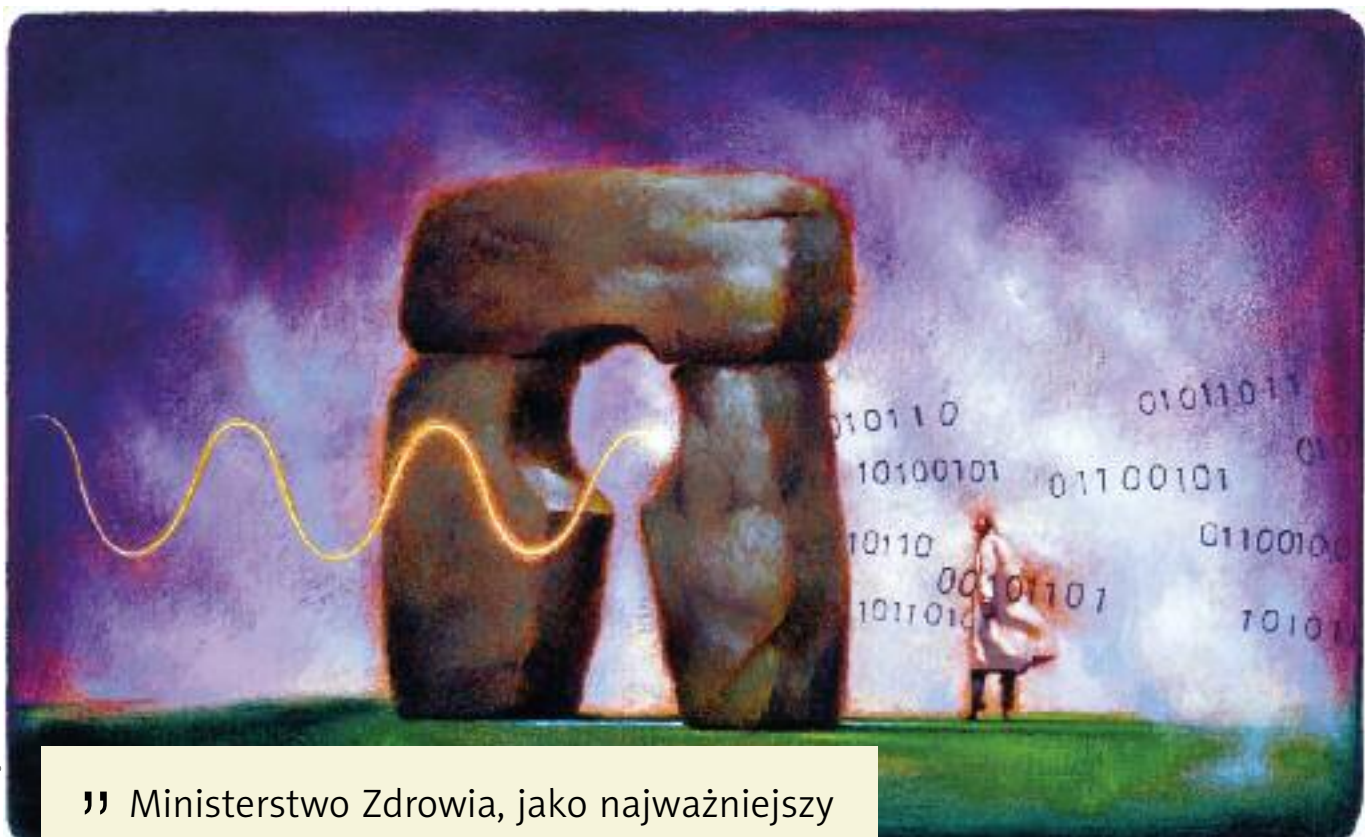
opieki zdrowotnej i potrzebach zdrowotnych obywateli. Bez takich informacji trudno prowadzić politykę ukierunkowaną na zaspokajanie tych potrzeb, a wielu ekspertów twierdzi, że rzetelnych danych epidemiologicznych po prostu nie mamy. Przyczyn jest wiele. Obowiązkowe raportowanie obejmuje tylko część rozpoznawanych jednostek chorobowych, głównie z zakresu chorób zakaźnych, które nie stanowią najpoważniejszego problemu w Pol-

sce. Potencjał jednostek opieki zdrowotnej znamy na podstawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej, przekształcanego w rejestr podmiotów leczniczych. Można się tylko uśmiechnąć, że po 6 miesiącach od wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej rejestr ten z przyczyn technicznych nie funkcjonuje. Gdyby jednak rzetelnie przeprowadzono analizę „starego rejestru”, okazałoby

na których terenie działa zakład. Parę lat temu tworzyłem opracowanie dotyczące potencjału szpitali na Dolnym Śląsku. Mocno się zdziwiłem, kiedy się okazało, że potencjał ten był istotnie różny w dokumentacji będącej w dyspozycji organów założycielskich, urzędu wojewódzkiego i płatnika.

Dane epidemiologiczne, jakimi może dysponować Ministerstwo

leczy o liczbie leczonych. Dane te są uzupełniane jedynie o liczbę oczekujących, lecz w tym przypadku, poza kilkoma jednostkami chorobowymi, jest to liczba oczekujących do zakresu świadczeń, a nie liczba pacjentów z określonym problemem zdrowotnym. W efekcie mamy informację zniekształconą. Ponieważ podmioty otrzymują pieniądze za przeprowadzone procedury, wyko-



fot. images.com/Corbis

„ Ministerstwo Zdrowia, jako najważniejszy strateg i decydent, powinno posiadać stale nowelizowane informacje o potencjale jednostek opieki zdrowotnej i potrzebach zdrowotnych obywateli „

się, że wiele podmiotów posiada w rejestrach zakresy działalności, których nigdy nie realizowało albo dawno już nie realizuje. Wpisywano bowiem zakresy, których nigdy nie udało się uruchomić lub po likwidacji jakiegś działalności miesiącami zmieniano statuty zakładów, uzyskując zgodę rad społecznych i samorządów,

Zdrowia dzięki płatnikowi, są oparte na kolejnym błędzie wynikającym z formuły finansowania usług zdrowotnych. Ponieważ poza podstawową opieką zdrowotną finansowaną kapitacyjnie większość usług jest opłacana na zasadzie *fee for service*, otrzymujemy informacje nie o liczbie i rodzajach chorób w populacji,

nują je w ramach pozyskiwanych funduszy. Jeżeli dużo pieniędzy prześlemy na kardiologię, która wykona za nie usługi zdrowotne, powstanie wniosek, że są tam niezmierzone potrzeby, bo przecież jeszcze istnieje kolejka do świadczeń. Jeżeli mało na geriatricę – to będzie oznaczać, że potrzeby są nie takie znowu wielkie. Drugi haczyk polega na tym, że w ramach zakresów najchętniej wykonuje się procedury dobrze wyceńnione. I znowu na podstawie ICD-10 i ICD-9-CM dowiadujemy się, że najwięcej osób w Polsce ma choroby wymagające wykonania dobrze płatnych

procedur. Czy na takich informacjach można zbudować jakąkolwiek sensowną strategię?

I na tym chyba polega największy problem z opracowaniem narzędzi informatycznych na potrzeby resortu zdrowia. Zbudowanie wielkiej platformy informatycznej zbierającej dane o zdarzeniach medycznych będzie możliwe dopiero wtedy, kiedy będziemy wiedzieli, nie tylko jak to zrobić, ale także co chcemy zrobić. Syzyfowe prace w CSIOZ wzbudzają wątpliwości nie tylko z przyczyn opisywanych w mediach, związanych z nieefektywnością wydawania pieniędzy i przewlekaniem się procesu. Głównym problemem wydaje się to, że nie opracowano do tej pory podstawowych założeń, co na takiej platformie będzie się zbierać. Jeżeli zaś opracowano, to jest to wiedza tajemna CSIOZ, która nigdy nie została rzetelnie przedyskutowana na forum publicznym.

Identyfikacja ubezpieczonych

Potrzeba stworzenia ogólnokrajowego systemu informatycznego zbierającego dane o zdarzeniach medycznych, prawach do ubezpieczenia, udzielonych świadczeniach, ordynowanych lekach itd. nie jest właściwie przez nikogo kwestionowana. Wbrew pozorom przeznaczamy na ten cel znaczne sumy. Pieniądze wydawane przez CSIOZ, NFZ, samorządy terytorialne i same szpitale idą w miliardy złotych, częściowo pochodzą one z funduszy unijnych. Tworzy się wyspowe bazy danych, zamknięte, niekomunikujące się ze sobą systemy służące tylko jednej instytucji. Mam wrażenie, że nie próbuje się korzystać z doświadczeń innych. Są przecież systemy informatyczne w innych krajach, które można by modyfikować. Mieliliśmy niezły pilotaż związany z systemem START wprowadzonym przez Andrzeja Sośnierza w Śląskiej Regionalnej Kasie Chorych. Tworzenie ogólnokrajowego systemu od lat przypomina gonienie króliczka.

Tymczasem nie posiadając systemu, nie potrafimy rozwiązać najprostszymi pozornie spraw, jak identyfikacja ubezpieczonych. Problem ten rozpalil namietności, zwłaszcza lekarzy, w związku z zapisami ustawy refundacyjnej, która przerzuca obowiązek identyfikacji na lekarzy i w wypadku ordynacji leków osobom nieubezpieczonym wprowadzała sankcje wobec ordynującego. Tak zwany Centralny Wykaz Ubezpieczonych jest prowadzony przez kolejny moloch – Zakład Ubezpie-

od niego odstąpić. Nie mając precyzyjnego narzędzia informatycznego, próbuje się tworzyć protezy, jak np. rezygnacja z obowiązku posiadania dowodu prawa do ubezpieczenia i przyjęcie założenia, że wszyscy są ubezpieczeni, bądź wprowadzenie zasady złożenia oświadczenia przez pacjenta – rozumiem, że w trakcie każdej wizyty lekarskiej. I znowu w imię dobrej sprawy zużyjemy kilka dodatkowych ton papieru.

Innym pomysłem jest umożliwienie lekarzom dostępu do CWU.

„ Zastępujemy narzędzia informatyczne codzienną papierologią w postaci sprawozdań, potwierdzeń, zestawień, oświadczeń itp. „

czeń Społecznych (ZUS), który zbiera składkę zdrowotną na potrzeby NFZ, pobierając przy okazji niemały haracz (w 2011 r. ponad 100 mln zł). Można by się spodziewać, że za taką sumę dane w wykazie są aktualizowane on-line. Ale nic bardziej mylnego. Pomijam aktualność danych nanoszonych przez ZUS, ale trzeba zauważyć, że co najmniej kilka oddziałów wojewódzkich NFZ nie pracuje na aktualnych wykazach, ale na ich replikach. Replika zaś to baza sprzed kilku miesięcy, na którą co jakiś czas są nanoszone aktualizacje dotyczące narodzin, zgonów itp. Możliwość indywidualnej weryfikacji prawa do ubezpieczenia na takiej replice jest więc istotnie ograniczona. Skoro więc NFZ nie ma stuprocentowej pewności co do prawa do ubezpieczenia konkretnych osób, przerzucenie tego obowiązku na lekarzy, z krótką ścieżką ich karaniami za błędy, zakrawa na kpinę.

Droga na skróty

Przywiązanie pomysłodawców do proponowanego rozwiązania jest tak wielkie, że w żaden sposób nie chcą

Pomijając ogromne zadanie umożliwienia bezpiecznego łączenia się online, trzeba ponownie zwrócić uwagę na chroniczną nieaktualność wykazu. Liczba błędnie odczytywanych informacji, np. w wypadku nowo zatrudnionych pracowników, którzy do wykazu zostaną dopisani przez urzędników ZUS dopiero po otrzymaniu zgłoszenia od pracodawcy, będzie z pewnością wystarczająco duża, aby wywołać kolejną ogólnonarodową awanturę.

Świat rozwija się technologicznie w takim tempie, że niespecjalistom trudno to ogarnąć. Nasz system opieki zdrowotnej w sferze informatycznej nie rozwiązuje zaś swoich podstawowych problemów, co generuje olbrzymie, niepotrzebne koszty i pracę. Kto się nie rozwija, ten się cofa. My zastępujemy narzędzia informatyczne codzienną papierologią w postaci sprawozdań, potwierdzeń, zestawień, oświadczeń itp. W ten sposób w poczuciu dobrze spełnionego, codziennego biurokratycznego obowiązku raźnie maszerujemy w stronę technologicznej epoki kamienia łupanego. A co, stać nas.

Maciej Biardzki